

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

UF

ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO		CEP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CADASTRO DA FAMÍLIA**

RESPONSÁVEL POR CADASTRO (nome)	DATA NASC	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		Ocupação	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

RESPONSÁVEL POR CADASTRO (nome)	DATA NASC	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA À ESCOLA		Ocupação	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

*Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas*

<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	